

Normas para el estudio integral del niño agredido

Dr. Roberto Galva Jiménez
Dra. Ivonne Gómez León
Dra. Jazmín Jaramillo Borges
Lie. Adelaida Gómez Levy
Lie. Ana Virginia Quesada
Enf. Landelina Monge Fonseca¹

NORMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO AGREDIDO

El niño abusado física, sexual o emocionalmente, constituye un problema de indescritibles proporciones, por el cual miles de niños y niñas en el mundo son vejados con perversidad; en ocasiones hasta causarles la muerte o un daño físico irreparable.

El maltrato a los niños no es fenómeno nuevo. Desde los comienzos de la humanidad, el niño ha sido un ser derechos, abusado, abandonado y maltratado. El infanticidio presente en diversas culturas, ha provocado más muertes infantiles que ninguna otra causa en la historia.

En Francia se calculan 1000 muertes al año y alrededor de 2500 denuncias de niños agredidos. En la República Federal Alemana, se registran 1000 muertes por año y de 4000 a 5000 casos de niños maltratados anualmente.

En América Latina los sistemas de registro han sido deficientes, por cuanto a esta situación se le ha dado poca importancia; no es sino hasta en estos últimos años que se toma conciencia de la magnitud del problema.

En Costa Rica, cifras de la última década del Hospital Nacional de Niños, señalan cifras de 2072 niños que fueron atendidos por sospechas o abuso comprobado. Esto significa un promedio anual de 207 niños, cifra que tiende a incrementarse, así como la magnitud de las lesiones. El maltrato fue, según estadísticas del año 1994, de un 40% en los varones y un 60% en las mujeres.

El grupo constituido por niños entre los 4 y los 6 años, es el que presenta mayor incidencia de abuso. A su vez, el abuso sexual y físico son los más frecuentes.

La Organización Mundial de la Salud estima que alrededor del mundo hay una población infantil maltratada de millones de niños, que va desde la violación a la muerte, pasando por la corrupción, la explotación laboral, el maltrato físico despiadado y el abandono.

¹ Funcionarias del Hospital Nacional de Niños "Dr. Carlos Sáenz Herrera", Departamento de Pediatría Social y Comunitaria, Comité de Estudio Integral de Niño Agredido. Costa Rica.

En una sociedad en donde la familia constituye aún su núcleo más importante de integración, esta descomposición de valores pone en peligro inminente su sobrevivencia, máxime si tomamos en consideración que es en el seno de la misma en donde ocurren la mayoría de los ve imágenes.

En consideración al incremento y complejidad de esta patología, se evidenció la necesidad de una atención integral, lo que se concretó en el año de 1979, en el contexto de las celebraciones del año internacional del niño.

En 1982 el Ministro de Salud mediante decreto ejecutivo, determina que su reporte es de declaración obligatoria.

El propósito de estas normas se orienta primordialmente a concientizar al personal de salud que brinda atención directa al paciente a; de la gravedad del problema en nuestro país y b: ofrecer un instrumento metodológico que ayude a tomar decisiones oportunas integrales y uniformes en todos los casos, de manera que en la totalidad de la red de servicios de salud de atención al niño: se hable un mismo lenguaje en lo referente al manejo de esta problemática.

El Comité de Estudio Integral del Niño Agredido (CEINA) con sede en el Hospital Nacional de Niños, está integrado en forma interdisciplinaria por profesionales de gran experiencia en la materia y es de este grupo de donde nace la necesidad de elaborar este documento.

Los lineamientos que aquí se presentan permitirán al médico tratante, a las enfermeras, a las trabajadoras sociales, a los psicólogos y otros profesionales del nivel local y periférico, evaluar y decidir en los casos de abuso que se presentan en esos establecimientos, fortaleciendo de esta manera la desconcentración de la atención del paciente abusado, que en este momento se concentra en su totalidad en el Hospital de Niños.

De igual manera la integración de los Comités Locales de Atención integral del Niño Agredido, (CLEINAS) va a constituir un elemento de gran importancia para el estudio y seguimiento de estos casos. Lo anterior responde a un modelo de atención readecuado, en donde la participación de la comunidad en la solución de sus propios problemas, la atención primaria integral y la desconcentración de los servicios son componentes del modelo de salud vigente.

La obligación de las instituciones de proteger al niño en cumplimiento de las leyes existentes y el compromiso asumido por los países que ratificaron la convención de los derechos del niño, fortalecen el principio inalienable que de los niños nacieron para ser felices, rodeados de afecto y protección. Encarando el problema con entereza y resolución probablemente no lograremos erradicarlo, pero si vamos a contribuir a que muchos de estos niños y niñas encuentren la protección y seguridad necesarias, que les permita desarrollarse como hombres y mujeres emocionalmente estables y no como potenciales victimarios.

II. INTRODUCCIÓN

Con fines didácticos que ayuden al lector a interpretar con facilidad los postulados de estas normas, se presentarán en capítulos separados los diferentes tópicos que se involucran en esta problemática de salud pública.

Todo el personal de salud deberá estar capacitado para detectar los signos y síntomas del abuso en sus diferentes formas, e interpretar las actitudes de los padres o custodios del niño que podrían conducirnos a descubrir situaciones reales de maltrato, tergiversadas o disimuladas por la evasión o la intimidación al personal o al niño.

Se deben evitar los juicios a priori de cualquier índole, que puedan brindarle al victimario un motivo de reclamo o de excusa para desestimar cualquier acción en su contra.

Los niños casi nunca mienten respecto a agresiones infundadas, por lo tanto debemos escucharlos con atención y afecto haciéndoles sentir que estamos de su lado dispuestos a poner fin a los agravios a que se han visto sometidos.

En las páginas de estas normas encontrarán los lineamientos necesarios que le permitirán al lector encausar adecuadamente las acciones a tomar en la resolución de estos problemas.

I. NORMAS ADMINISTRATIVAS Y LEGALES

Constituyen el conjunto de disposiciones y estructuras que regulan las acciones que se toman en el ámbito hospitalario e institucional y que nos permiten además la coordinación con otras entidades externas indispensables para la atención integral de estos pacientes. Incluyen a su vez los procedimientos legales que se generan en este tipo de acciones.

III-I COMITÉ DE ESTUDIO INTEGRAL DEL NIÑO AGREDIDO (CEINA).

Tiene su sede en el Hospital Nacional de Niños. Está integrado por profesionales en distintas ramas de la salud: médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos, representantes del Ministerio de Salud, Patronato Nacional de la Infancia y Licenciados en derecho de familia.

Su función principal es la de conocer y decidir temporalmente las acciones a tomar en los casos de agresión que le hayan sido remitidos para estudio. Se encarga a su vez de la capacitación, normalización e investigación de la temática- :

Estas atribuciones le fueron conferidas en el convenio firmado por el Hospital Nacional de Niños y el Patronato Nacional de la Infancia en el documento suscrito por ambas entidades el 2 de noviembre de 1992.

III-2 COMITÉS LOCALES DE ESTUDIO INTEGRAL DEL NIÑO AGREDIDO (CLEINA).

Dentro del concepto de la desconcentración de la atención pediátrica, se hace necesario capacitar personas idóneas del nivel local y periférico para que integren Comités del Niño Agredido en sus respectivas comunidades; el médico, la enfermera, la trabajadora social y gente de la comunidad que haya mostrado interés en estos problemas son elementos importantes para la Integración de estos comités.

Actualmente sólo en algunas comunidades existen comités locales que se encargan de estudiar los casos de agresión. Se hace por lo tanto necesario fortalecer estos comités y al mismo tiempo promocionar la conformación de otros nuevos, capacitándolos adecuadamente de manera que se refieran al Hospital únicamente aquellos casos que por sus características así lo ameritan.

III-3 OTROS GRUPOS DE DETECCIÓN

Consultorios privados, consultorios comunales, puestos de salud, organizaciones religiosas, maestras y profesores son elementos importantes y deben estar concientes de la gravedad del problema, dando crédito a su obligatoriedad de denuncia.

III-4 ORGANIZACIONES DE APOYO PAÑI, PANIAMOR, UNICEF, SER Y CRECER, CORTES JUDICIALES, MINISTERIO DE SALUD, INCIENSA Y OTROS.

III-5 ASPECTOS LEGALES DE LA AGRESIÓN

Los derechos de los niños son de acatamiento obligatorio. Los mismos se encuentran postulados en varios documentos y leyes. Así la Declaración de los Derechos de los Derechos del Niño de 1959; la Convención sobre los Derechos fué aprobada como ley de la República según ley #7184, publicada en la Gaceta #149 del jueves 9 de agosto de 1990s la Constitución Política de Costa Rica y todo el cuerpo normativo nacional que regula la materia de los niños.

En apego al cumplimiento de sus postulados, la Caja Costarricense de Seguro Social y el Hospital Nacional de Niños con la aprobación de las autoridades superiores de la Institución, convienen en aprobar las presentes NORMAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DEL NIÑO AGREDIDO, de obligatorio acatamiento de todo el personal de los establecimientos pertenecientes a la Caja Costarricense de Seguro Social del país.

IV- NORMAS TÉCNICAS

Son un conjunto de disposiciones y procedimientos orientados a estandarizar las acciones en la atención directa del paciente, en cuanto a interrogatorio, examen físico, diagnóstico, tratamiento, exámenes de laboratorio y referencia a otras dependencias de aquellos casos en donde se sospeche el abuso; o una vez confirmado se proceda a darle solución a la situación.

IV-1 FUNCIÓN DEL PROFESIONAL EN MEDICINA EN EL MANEJO DE LA AGRESIÓN

Existen una serie de aspectos a contemplar para que la intervención del médico sea realmente de ayuda a la víctima de abuso y no una agresión más a esta.

TIPOS DE ABUSO

Los tipos de abuso más reconocidos son: el abuso sexual, el abuso físico, emocional, negligencia o abandono (agresión pasiva) y en los últimos tiempos se ha hecho más frecuente el Síndrome de Mauchansen del cual hablaremos en su momento.

Los indicadores de abuso de cualquier índole pueden presentarse aislados o por el contrario mezclados cuando el niño(a) es víctima de diversos tipos de abuso.

ABUSO SEXUAL

Cuando se plantea el problema de posible abuso sexual de un niño(a) el médico ha de considerar no sólo los aspectos médicos, sino también las posibles implicaciones sociales y legales de la situación. El abuso sexual crea problemas médicos potenciales o reales para la población infantil, pero las implicaciones sociales y legales muchas veces parecen opacar las de tipo médico. Esto quizá dependa del carácter tripartito-médico, social y legal que algunos médicos prestan al problema, sobre todo si se les solicita la atención para un niño que ha sufrido abuso sexual. De todas maneras cada vez que a un médico se le solicita identificar la causa de una molestia genital en un niño; para ver si sufre una enfermedad de transmisión sexual, o para reunir información que posteriormente se emplee ante la corte, o para formar opinión acerca de si ha habido ataque sexual, queda establecido el importante papel que los facultativos desempeñan en la valoración de niños y adolescentes que señalan haber sido sexualmente atacados.

En la revisión que sigue, consideraremos elementos básicos que intervienen en la participación del médico en esos casos; toma de historia clínica, examen físico, valoración de lesiones, reunión de material forense, diagnóstico, tratamiento e intervención de trabajo social, internamiento del paciente si se establece alto riesgo para el niño de ser enviado al hogar y vigilancia adecuada del paciente.

La definición de abuso sexual, según el National Center for Child Abuse and Neglect, es útil en la práctica clínica, de investigación y enseñanza. De acuerdo a esta definición, el abuso sexual consiste en contactos e interacciones entre un niño y un adulto cuando el primero se utiliza para estimulación sexual del segundo o de otra persona. El abuso sexual puede cometerse por otro menor de edad, cuando este es netamente mayor que la víctima, o cuando está en situación de poder o de control sobre la misma. Esta definición incluye cualquier agresión sexual hacia un menor de edad y pone de relieve un desarrollo inadecuado o la coerción como elementos claves del abuso sexual.

Para aclarar las obligaciones de los informes médicos, puede ser útil tener presente la distinción entre abuso sexual y ataque sexual. Esto se establece según la relación entre el agresor y la víctima. Así los contactos sexuales entre un niño y un progenitor, un cuidador, un maestro, o cualquier otra persona que cuida del mismo y tiene obligación de su bienestar, se denomina abuso y puede denunciarse a las agencias estatales de protección infantil. Los mismos contactos llevados a cabo por una persona que no tiene a su cargo el niño se denominan ataque sexual, (esto es una ofensa desde el punto de vista penal).

A continuación el término de abuso sexual lo utilizaremos; indicando las dos cosas, abuso y ataque, cuando la distinción no tiene implicaciones clínicas prácticas. El abuso sexual puede tomar diversas formas, las más importantes

a) Exhibicionismo: aquí el adulto le enseña su desnudez al niño(a) mostrándole sus genitales, senos o nalgas.

b) Corrupción: el adulto enseña material pornográfico, revistas, lotos o práctica actos sexuales a su vista Con el único propósito de excitarlo sexualmente o inducirlo a actuar de la misma manera.

c) Caricias y toqueteos: es aquel contacto físico entre el adulto y un niño, en donde el adulto toca los órganos genitales, nalgas, senos y/o lo besa de manera sensual en la boca y otras partes del cuerpo.

d) Sexo oral: se da sexo oral cuando el adulto establece contacto entre su boca y los genitales del niño(a) o entre la boca del niño y los genitales del adulto.

e) Violación: cuando se produce la penetración del pene ya sea en la vagina o el recto del niño(a).

f) Incesto: cuando existe un abuso sexual entre un adulto y un niño que son parientes por consanguinidad (padres, hermanos, tíos, abuelos, primos) o cualquier otro adulto que tenga autoridad parental sobre el niño o del cual dependa por medio de un vínculo afectivo muy fuerte tales como padrastros, tíos políticos, etc.

Es importante aclarar que estas definiciones son apropiadas para el manejo médico-social de estos casos. Sin embargo, no son los adecuados para los efectos legales que requieren de otras categorías.

HISTORIA CLÍNICA

El diagnóstico de abuso sexual probable, casi siempre se basa en la información descriptiva proporcionada por la víctima. Cuando en una visita médica se plantea la posibilidad de abuso sexual, el médico debe ante todo decidir si procede o no entrevistar al niño inmediatamente a cerca del abuso. Además ha de obtener una historia detallada de los hechos por parte del niño; si esta información no se ha solicitado previamente, si el menor parece dispuesto a describir el abuso y si no se ha

notificado a un trabajador social el abuso sospechado. En estas circunstancias, es importante proceder lo antes posible a una entrevista. Un niño que desea o espera explicar al médico lo que ha ocurrido, más tarde puede ser reacio a hablar por deseo de proteger al ofensor, miedo de venganza por parte de este último, o simplemente por un cambio de su estado de ánimo. Además, las afirmaciones acerca de abuso sexual hechas por un menor a un médico poco después del incidente, pueden admitirse como una denuncia directa para un testimonio ante la corte.

A la inversa, hay circunstancias en las cuales el médico no debe invitar al niño a describir un supuesto abuso sexual. Cuando un menor parece no tener el deseo, o es demasiado joven para hablar, cuando ya se ha investigado y sustanciado un informe de sospecha de abuso sexual y cuando la víctima ha sido entrevistada. Ocasionalmente de una vez en un caso particularmente complejo, el médico ha de obtener la mayor información posible acerca del supuesto abuso por parte de los padres o de otros adultos adecuados y luego determinar la mejor manera de hacer las preguntas diagnósticas o terapéuticas correspondientes al caso.

Pedir a los niños que repitan sus historias de abuso sexual a varios examinadores e investigadores, es una práctica posiblemente peligrosa. Cuanto más complicado o contencioso sea un caso, más se necesitarán entrevistas repetidas y es muy probable que en lugar de aclarar compliquen la situación. Las respuestas de los niños a preguntas que ya han oído varias veces pueden adquirir una forma de repetición

En general los médicos sin entrenamiento o experiencia en técnicas de entrevista de casos de abuso sexual no han de intentar obtener datos muy precisos sobre abuso de niños muy pequeños. Dadas las implicaciones legales y penales de un alegado de abuso sexual la interpretación de afirmaciones y de conducta en niños pequeños requiere que el examinador tenga conocimientos acerca del desarrollo infantil y destreza en cuanto a intervenciones; las víctimas muy pequeñas y aquellas que tienen poca capacidad de comunicación (retrasados mentales, sordos o con otras minusvalías), debe solicitarse la entrevista con un clínico experimentado. Si no se dispone de este, el médico ha de escuchar lo que explica el niño y preguntar sólo lo que considere más adecuado.

Pedir a los niños que repitan sus historias de abuso sexual a varios examinadores e investigadores, es una práctica posiblemente peligrosa. Cuanto más complicado o contencioso sea un caso, más se necesitarán entrevistas repetidas y es muy probable que en lugar de aclarar compliquen la situación. Las respuestas de los niños a preguntas que ya han oído varias veces pueden adquirir una forma de repetición mecánica que disminuye la confiabilidad. Preguntas repetidas también tienen el inconveniente de que el niño crea que sus respuestas anteriores no fueron correctas. Esto conlleva a que el niño cambie su versión en alguna de sus respuestas. Antes de hablar largamente con un niño acerca de un alegado de abuso sexual, el médico debe investigar si alguien más ya lo ha hecho. En los casos de abuso sexual nos encontramos con una familia posesiva y celosa de la víctima, a la que le niegan contactos sociales normales. Es una familia aislada socialmente, el posible agresor es

particularmente atento con el niño(a). Se encuentra con frecuencia una historia de abuso sexual en los padres y el abuso de alcohol y de drogas es frecuente.

Son familias aisladas y hacinadas. Existen pobres relaciones de pareja y acusan al niño y lo rechazan cuando cuenta esta situación. Pueden incluso amenazar de muerte a la víctima para que mantenga silencio. El agresor cree que el niño(a) disfruta del contacto sexual.

Interrogatorio a los padres, custodios o vecinos del niño(a).

- a. comunicar a los padres la importancia y necesidad de interrogatorio y del examen físico.
- b. informar a los padres de la obligación que tiene el médico de reportar estos casos.
- c. interrogar a los padres en privado o con algún testigo si se considera necesario.
- d. darle apoyo a los padres, en especial a la madre si el abusador es el padre, el compañero o un familiar cercano.
- e. explicarles el procedimiento a seguir y lograr que las respuestas a las preguntas, se contesten con la mayor sinceridad posible en beneficio del niño(a).
- f. no intentar culparlos por el abuso o descuido de ellos.
- g. no mostrar enojo, horror o desaprobación de lo ocurrido debido a su conducta. nunca juzgarlos a priori.

EXAMEN FÍSICO

El médico bajo ninguna circunstancia debe omitir el examen físico y si fuera del caso, el tratamiento de cualquier niño(a) que haya sido referido por sospecha o por agresión comprobada. Esta omisión podría traerle consecuencias indeseables en los tribunales de justicia ya que la práctica afortunadamente reducida de remitir un niño (a) sin examen y sin tratamiento al médico forense puede, con bastante fundamento interpretarse como mal praxis. Se debe también tener presente* que la denuncia de maltrato, es de declaración obligatoria, según lo establece el decreto del Poder Ejecutivo y el Ministro de Salud del año 1982.

La valoración médica completa es por lo tanto necesaria en todo niño en el que se sospeche agresión en cualquiera de sus formas. Estos niños están en peligro de otros tipos de abuso y descuido, incluyendo el médico.

Los fines que persigue el examen físico de un niño(a) que ha sufrido abuso sexual son identificar anomalías que justifiquen nuevas medidas diagnósticas o terapéuticas, o bien obtener muestras requeridas para descubrir enfermedades infecciosas de transmisión sexual, hacer observaciones y tomar muestras que puedan corroborar la historia que explica el paciente. Estos fines deben integrarse en el contexto de un examen físico completo. El proceder en forma sistemática a cubrir las fases de un examen completo tiene las ventajas de normalizar la experiencia del niño para la visita, reducir al máximo la posibilidad de que el examinador pueda pasar inadvertidas anomalías no genitales importantes y permitirle identificar y estimar sumariamente problemas importantes de salud sin relación con el abuso sexual.

Esto último, tiene particular importancia para los niños(as) que han sufrido un ataque sexual, en los que el cuidado médico no ha sido adecuado.

El examinador no debe tener dificultad en valorar bien los genitales externos, el perineo y en adolescentes las estructuras pélvicas. Cowel ha publicado una exposición muy completa de exámenes ginecológicos para niños y adolescentes jóvenes.

Como los médicos suelen tener mayor experiencia y conocer mejor el examen de genitales masculinos que femeninos, se hace necesario repasar la anatomía de las principales estructuras de los genitales externos de niñas prepúberes.

Las prepúberes que han sufrido un ataque sexual deben colocarse en posición "de rana" para inspección de los genitales. Deben observarse cuidadosamente vulva y perineo. Hay que separar cuidadosamente los labios mayores en dirección superolateral para observar el introito. Puede emplearse la posición genupectoral para inspeccionar la bóveda vaginal si se sospecha lesión intravaginal, exudado o presencia de un cuerpo extraño. En la posición de "rana" o genupectoral puede ayudar a lograr una observación más detallada el empleo de un otoscopio sin de moco cervical. Si originalmente hubo líquido de eyaculación el examen retrasado disminuirá las posibilidades de descubrirlo y raramente se han encontrado espermatozoides en las secreciones cervicales de las víctimas de violación, después de transcurridas 12 horas desde el momento del incidente.

Existen otras pruebas para mostrar la presencia de líquido seminal o de fosfatasa ácida prostática, así como muestras de ácido desoxirribonucleico que serían útiles para establecer la identidad de un supuesto agresor, con un grado elevado de seguridad. Todo material debe reunirse y proporcionarse rápidamente a las instancias oficiales tan pronto como se haya recogido.

La prevención de embarazo como consecuencia de una violación es una tragedia potencialmente evitable y se debe legislar adecuadamente para contemplar situaciones como estas.

ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y ABUSO SEXUAL

El decidir que conducta hay que seguir si se descubre una enfermedad de transmisión sexual en un niño (a) que *no* ha señalado contacto sexual, requiere que el clínico tenga presente la epidemiología de la afección, más la dinámica del abuso sexual; puede ser que el niño no haya elegido explicar que ha sido atacado, de manera que su enfermedad constituye un descubrimiento inesperado.

Las infecciones causadas por *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis*, *Treponema pallidum*, *Papillomavirus* humano virus del herpes simple y virus HIV, pueden adquirirse durante el nacimiento o antes. Así pues el denunciar estos casos en forma prematura o equivocada puede ser inicio de grandes trastornos para el paciente y su familia así como para el médico.

No se recomienda tratamiento profiláctico de antibióticos observado después de descubrir un abuso sexual- Para adolescentes, el prescribir antibióticos para evitar el posible desarrollo de enfermedad inflamatoria pélvica sería una acción razonable.

El abuso sexual por varios ofensores es una circunstancia especial que aumenta el peligro en enfermedades de transmisión sexual en la víctima.

EL espéculo, o de un colposcopia para ver e iluminar el introito.

Los exámenes en niñas prepúberes con espéculos son dolorosos y están contraindicados, excepto en casos de hemorragia vaginal de origen aparentemente interno o de lesiones vaginales penetrantes. Cuando se llevan a cabo estos exámenes con espéculo deben hacerse bajo anestesia general.

Procede señalar que para las personas que han sufrido un ataque sexual la colposcopia, es un medio diagnóstico de gran utilidad pero debe ser practicado por personal médico experimentado o por el forense.

Aunque *un* niño (a) puede sufrir cualquier tipo de lesión, imaginable durante el abuso sexual, un número importante de las víctimas no sufre .lesión física alguna.

Ocorre esto porque el abuso sexual muchas veces consiste en acariciar, frotar, o establecer contactos orales-genitales que es probable no produzca lesión alguna. Otros factores que posiblemente reduzcan mucho la presencia de lesiones en la victima son las precauciones de los agresores para evitar el descubrimiento y poder seguir teniendo acceso al niño.

Estudios epidemiológicos confirman la impresión clínica general según la cual los ofensores sexuales utilizan sobornos y amenazas con mucha más frecuencia que la fuerza bruta para obligar a las víctimas.

El abuso sexual por un pariente o por un amigo es menos posible que cause lesiones que el ataque efectuado por un extraño. No es frecuente la coexistencia de abuso sexual y maltrato físico.

Como es válido para cualquier maltrato físico al niño, el clínico va de juzgar la importancia que tengan las lesiones genitales y no genitales más sospechosas para establecer el diagnóstico de abuso sexual y ello exige valorar las explicaciones de cómo ocurrieron los hechos, tanto por parte de la víctima como por parte ríe la familia.

La presencia de líquido seminal se descubre raramente en exámenes de niños que han sufrido abuso sexual. Hay varios motivos para ello: aunque no se dispone de datos comparables para niños (as), la disfunción eyaculatoria es frecuente en varones que violan mujeres adultas. El tiempo de supervivencia de los espermatozoides está acortado en muchachas prepúberes que carecen.

DOCUMENTACIÓN EN CASOS DE ABUSO SEXUAL

Los registros médicos tienen una enorme importancia en todos los casos de agresión, pero particularmente en los casos de agresión sexual. El registro médico es un documento legal, por lo tanto es una prueba documental de lo ocurrido a la víctima; debe contener información detallada de los hallazgos encontrados, de la identidad de los testigos presentes cuando se obtuvo la historia y si se hizo el examen físico, las preguntas que se hicieron a la víctima, así como sus respuestas dadas en sus propias palabras. Las afirmaciones del niño(a) en esta primera relación con el médico son de inestimable valor.

También debe señalarse las fuentes de información del médico cuando ésta no se obtuvo directamente de la víctima.

La referencia que el médico haga a un: especialista o al servicio de trabajo social debe llevar datos. Suficientes que permitan la rápida comprensión de la situación, estos deben estar escritos con claridad y deben definir la fuente de la cual se obtuvieron.

Al formular una impresión diagnóstica de la víctima, el médico ha de considerar la historia y el examen físico, ni una ni otra aisladamente han de establecer el diagnóstico

Después que un médico ha establecido el diagnóstico de abuso sexual y ha identificado y tratado cualquier problema médico relacionado, debe llamar a profesionales de otras disciplinas para que participen en el cuidado, vigilancia y seguimiento de la víctima.

RESUMEN

El médico se puede ver enfrentado a tres situaciones diferentes en las que el abuso sexual se presenta:

- 1- Aquellas acompañadas de lesiones clínicas inequívocas asociadas a la agresión sexual.
 - 2- Aquellas en donde no existe lesión; solamente la denuncia o información de que el niño ha sido víctima de abuso sexual.
 - 3- Aquellas en donde el abuso sexual está oculto; es decir el niño(a) es traído por otras causas o padecimientos (secreciones vaginales, sangrados, fisuras anales, etc) sin que exista denuncia de abuso.
- a) En todos los casos el médico debe hacer la historia clínica completa y un examen físico adecuado.
 - b) Solicitar los exámenes que considere necesarios y consultas a otros especialistas experimentados en la materia.
 - c) El médico que recibe el paciente está en la posición privilegiada de escuchar por primera vez la historia y las quejas de los problemas asociados al abuso sexual y para ello es conveniente que tenga presente lo siguiente:

1. Los niños(as) excepcionalmente acusan falsamente el haber sido abusado sexualmente. Lo contrario es más frecuente, los niños niegan el abuso a pesar de que existió.
2. Los niños cuando revelan abuso sexual, se expresan con emociones congruentes con la historia; lloran, se sienten avergonzados, se muestran temerosos de la gente y reflejan un profundo disgusto.
3. Respetar a la víctima. Tratarla concientes de la gravedad de su problema, dando crédito a su dolor, vergüenza, miedo e inseguridad.
4. Evitar interrogatorios si ya el niño fue entrevistado previamente.
5. Nunca se debe iniciar un acercamiento sin antes preguntar al niño(a) si lo acepta.
6. Reconocer todo el material que pueda servir en la corte para sancionar al agresor: ropa manchada de sangre, secreciones vaginales o rectales, líquido seminal en ropas o vagina, cabellos del supuesto agresor que quedaron en las uñas o ropa de la víctima.
7. Reconocer que este problema requiere de la atención de un equipo interdisciplinario ya que su solución es compleja y en muchas ocasiones choca con disposiciones legales vigentes.
8. Hacer siempre que sea posible un examen genital pero en presencia de otro médico, la enfermera o la madre.
9. Cubrir con antibióticos especialmente a adolescentes abusadas cuando se considere razonable, para evitar la enfermedad inflamatoria pélvica.
10. Anotar en el expediente todos los datos con claridad, describiendo las lesiones, la situación que se presentó, los testigos presentes, la historia del niño(a).
11. Referir todos los casos que se presenten al Comité de Estudio Integral del Niño Agredido para análisis y seguimiento de su situación.
12. Si sospechamos de abuso, tener siempre presente a la víctima y no justificar bajo ninguna circunstancia al agresor. Nuestra pronta intervención puede evitar que el abuso se siga dando y convertirnos así en favorecedores de esta situación.
13. Internar al niño(a) cuando se considere que su situación es de alto riesgo de enviarse de nuevo a su lugar de origen.
14. Describir cuidadosamente las lesiones encontradas, desgarros, cicatrices, hematomas, fisuras anales y otras lesiones asociadas; estado del himen, secreciones vaginales o rectales y dibujarlas de la manera más fidedigna posible.
15. Mandar prueba de embarazo, si se considera necesario VDRL, hemograma completo, orina, etc.

ABUSO FÍSICO

Implica lesiones físicas infringidas a un niño(a). En forma no accidental.

En el 90% de los casos los agresores son los padres o custodios del niño quiénes lo agreden físicamente.

En una sociedad ideal, en la cual todos los progenitores tuvieran los fondos y la preparación necesarios para criar adecuadamente a un niño, no habría necesidad de utilizar el abuso físico para influir en la conducta de los pequeños. Sin embargo el

castigo corporal es un "método viejo e integrado de disciplina en las escuelas y hogares de nuestro país".

Por lo tanto podemos definir abuso físico como; una lesión inferida al niño(a) por un cuidador ante una conducta indeseable. Esta lesión tisular incluye magulladuras, quemaduras, desgarró, punciones, fracturas, rotura de órganos y trastornos de funciones. Puede haber sido causada por impacto, penetración, calor, un cáustico, una droga, etc.

Existen prácticas religiosas y ritos de toda índole en donde las víctimas son los niños.

Un médico ha de sospechar en primer lugar posible abuso de un niño, antes que pueda diagnosticarlo, denunciarlo y tratarlo adecuadamente. Esto suele producirse en las siguientes situaciones:

- a) Hay discrepancia entre el trastorno o la lesión del niño y la historia que se proporciona.
- b) La índole del estado o la lesión del niño es tal, que probablemente la causa que se proporciona.
- c) La víctima u otras personas proporcionan la historia de maltrato.

El no diagnosticar el maltrato infantil frecuentemente tiene como origen falta de familiaridad con las diferentes manifestaciones del mismo, tanto por el aspecto de la víctima como por la manera en la cual la familia presenta la situación. Un fin principal de entrenamiento para identificación de la agresión al niño(a), estriba en sensibilizar al médico para presentaciones comunes y anormalmente abusivas.

HISTORIA CLÍNICA

En este tipo de abuso la historia que nos revelan los padres o custodios es generalmente carente de coherencia, en la cual la versión de los hechos no concuerda con el tipo de lesión que presenta el niño.

Así ante una fractura de fémur se nos dice que el niño se cayó de una silla, siendo esta de muy baja altura.

Tardanza en buscar ayuda médica, desde pocos días a varias semanas o meses, a pesar de que el niño presenta una condición clínica obvia; no puede movilizar el brazo o la pierna debido a una fractura.

Aumento de la severidad de las lesiones conforme el abuso continúa.

Lesiones que se pueden identificar claramente como mordeduras, quemaduras de cigarrillo, mechones de pelo arrancados, etc.

Encontramos situaciones de crisis de la familia, con evidencia de trastornos por problemas laborales, desocupación, alcoholismo, drogadicción, violencia familiar, pérdida de autocontrol y otros.

Con frecuencia encontramos antecedentes de abuso de sus padres cuando eran niños.

Expectativas irreales sobre el menor, por ejemplo del deseo compulsivo de tener un varón y llegar una niña. Que el niño los va a unir como pareja y les dará el cariño que no tuvieron cuando niños.

Nos relatan historias de niños hiperactivos, llorones, rebeldes, que no controlan los esfínteres, lo cual puede desencadenar una conducta agresiva y violenta de los padres o custodios.

La actitud evasiva y agresiva de los padres, son frecuentes tratando a veces que el médico no ahonde en el problema.

Negación reiterada de los hechos.

Debemos tener presente que no todas las características se encuentran/ juntas.

La obligación de que los médicos denuncien.- los casos de maltrato quedó establecida en el Decreto Ejecutivo y Ministerio de Salud de 1982- Por lo tanto poner en peligro a un niño(a), es crear un riesgo sustancial-para la salud o la seguridad del mismo, no respetando el deber de cuidarlo, mantenerlo o protegerlo. Esto incluye la tortura o el abuso cruel, los castigos excesivos, o la sujeción que crea un peligro sustancial de daño físico para el niño. También constituyen abuso contra los niños las medidas disciplinarias repetidas e injustificadas, que ponen en peligro la salud, el desarrollo mental, e incluso la muerte que no es causada por castigo físico admitido.

EXAMEN FÍSICO

Como hemos venido mencionando en estas normas, el examen físico completo debe realizarse en todos los casos, para que el médico pueda con propiedad, diferenciar la lesión accidental de la lesión intencional. Sistemáticamente debemos proceder de la siguiente forma:

- a- Examinar cuidadosamente las lesiones que presenta el menor; su antigüedad, presencia de lesiones recientes conjuntamente con lesiones antiguas. Moretones en diferentes estados de evolución, mordeduras, quemaduras, fracturas, ojos amoratados, estado nutricional y aspecto general del niño(a).
- b- Los médicos que atienden a pacientes pediátricos han de estar: i- familiarizados con las manifestaciones frecuentes de maltrato Infantil. ii- Motivados para denunciar lo observado en la dependencia correspondiente y iii- Dispuestos a presentar testimonio. Existen una serie de aspectos a contemplar para que la intervención del médico sea realmente de ayuda a la víctima de agresión y no una revictimación más, que ya han sido mencionados anteriormente.

- c- En estas normas se han insertado algunas ilustraciones de lesiones "patognomónica" o lesiones por sí solas diagnósticas o que han de despertar sospecha, para que el médico pueda definir con rapidez la situación que se le presenta.
- d- Las señales que deja la bofetada son típicas. El traumatismo a la cara a la cabeza inferido con un objeto rombo o cortante no pueden pasar desapercibidas.
- e- Todas las áreas corporales son blanco de la agresión siendo más frecuentes en la cabeza, en la espalda, nalgas y muslos. Un niño se le agrede generalmente con el instrumento que se encuentra a la mano en ese momento.
- f- Los huesos largos son la zona donde hay más lesiones esqueléticas provocadas por agresión física. Las fracturas de diáfisis son cuatro veces más frecuentes que las fracturas metafisiarias o epifisiarias.
- g- Las fracturas diafisiarias pueden ser espirales-oblicuas, o transversales. Las fracturas espirales resultan de fuerzas de rotación o torsión aplicadas a la extremidad, mientras que las fracturas transversales dependen de lesión directa. Las fracturas espirales son más frecuentes que las transversales tanto en lesiones accidentales como no accidentales. Sin embargo, las fracturas diafisiarias que se presentan junto con lesiones simultáneas esqueléticas o extra esqueléticas, sobre todo en lactantes menores de nueve meses de edad, mientras no se demuestre lo contrario no son accidentales.
- h- Las fracturas metafiso-epifisiarias, o sea de la metáfisis y de la placa cartilaginosa de crecimiento, son menos frecuentes que las diafisiarias, pero en la práctica son diagnósticas de lesión no accidental, porque las fuerzas necesarias para producir dichas fracturas no pueden generarse por caídas simples.
Estas fracturas suelen depender de fuerzas de deslizamiento generadas por una rápida aceleración-desaceleración o torsión de la extremidad, a consecuencia de una sacudida violenta.
- i- También son posibles las fracturas de la placa epifisiaria con separación de la epífisis. Estas resultan de una tracción o rotación violenta más que de un sacudimiento y suelen complicarse con trastornos de crecimiento y deformidad ortopédica.
- j- La lesión de los huesos de tórax se observa con menos frecuencia que las fracturas de extremidades, pero tiene mayor especificidad diagnóstica como lesión no accidental.

Se han señalado fracturas de costilla en niños maltratados especialmente en menores de 2 años de edad, o sea línea distribución inversa según la edad de las lesiones torácicas accidentales.

El traumatismo accidental común por caídas y golpes menores en la primera y segunda infancia raramente provocan fracturas de la jaula torácica relativamente elástica.

Así pues, en ausencia de un traumatismo importante o enfermedad-preexistente, las fracturas de costilla deben considerarse señal específica de lesión no accidental.

Las fracturas de costilla en niños mayores suelen depender de golpes directos al pecho.

Las fracturas posteriores son más frecuentes y reflejan una tensión mecánica máxima en los puntos de fijación de la costilla, o inmediatamente junto a la unión costovertebral.

- k- En cuanto a la fractura de vértebras por maltrato infantil, la experiencia es que no son muy frecuentes y son secuelas raras de la agresión.
El mecanismo más frecuente de fractura es la hiperflexión— hiperextensión que tiene lugar con el sacudimiento.
- l- Otras lesiones músculo-esqueléticas. En estos casos las lesiones extensas de los tejidos blandos suelen guardar relación con el impacto directo de un puñetazo, un zapato o un madero.
Las lesiones profundas ocultas de tejido blando, como el hematoma intramuscular pueden requerir de estudios especiales como TAC o BM.
- m- Las lesiones de órganos internos deben evaluarse siempre en especial ante la presencia de un niño en condiciones generales deficitarias.
Así, las lesiones músculo-esqueléticas de lesión intencional de un niño normal, incluyen daños metáfiso-epifisarias, fracturas de costilla y en ocasiones fracturas con arrancamiento de clavícula y acromion incluyen daños metáfiso-epifisarias, fracturas de costilla y en ocasiones fracturas con arrancamiento de clavícula y acromion. Otras fracturas con arrancamiento casi específicas de lesión intencional, incluyen lesiones esqueléticas clínicamente inadvertidas (ocultas) fracturas que no corresponden a la edad del lactante o la historia proporcionada por los cuidadores.

TRAUMATISMOS DEL CRÁNEO

Desde hace mucho tiempo se admite que las lesiones de cabeza son la causa principal de morbilidad y mortalidad en el síndrome del niño(a) agredido.

Los lactantes más pequeños son los que están más expuestos a sufrir este tipo de trauma, por las características morfológicas y fisiológicas del cráneo.

Las fuerzas mecánicas principales que interviene en la dinámica de lesiones de cabeza, son fuerzas de traslación y de rotación. Estas últimas nacen por impacto y originan lesión directa del cráneo y cerebro subyacente.

Las lesiones intracraneales, tanto agudas como crónicas, representan las secuelas más importantes y catastróficas del maltrato infantil. Aunque algunos autores han puesto en discusión la patogenia de las lesiones intracraneales en el niño agredido (si dependen primariamente de lesiones sin impacto causadas por sacudidas, o si son lesiones de impacto resultantes de paliza directa). Lo cierto es que ambas pueden generar las fuerzas de rotación causa de todas las lesiones intracraneales observadas en víctimas de maltrato.

ESPECIFICIDAD DIAGNOSTICA

La gravedad y la extensión de las observadas, achacadas al traumatismo que describen los cuidadores del niño, pueden ser muy sospechosas de lesión no accidental.

TRAUMATISMO VISCERAL

Los traumatismos abdominales e intratorácicos son mucho menos frecuentes que los esqueléticos y cráneo cerebrales en el síndrome del niño agredido. La base de la mayor parte de lesiones abdominales es el traumatismo no penetrante más que la lesión perforante. Casi siempre la lesión ha sido producida por una fuerza rápidamente desacelerada proporcionada por un puño, un puntapié y otro e-hoque, aunque también son frecuentes las lesiones por aplastamiento. La parte media del abdomen es particularmente vulnerable para golpes directos que comprimen vísceras epigástricas anatómicamente fijadas contra el raquis, produciendo lesiones de duodeno, mesenterio y páncreas.

El hematoma intramural de duodeno y yeyuno proximal, es la lesión visceral más frecuente en los niños agredidos.

El traumatismo pancreático es la causa más frecuente de pancreatitis aguda durante la infancia.

Los traumatismos de hígado, bazo y riñón son menos frecuentes en el maltrato que las lesiones anteriores.

ESPECIFICIDAD DIAGNOSTICA

La mayoría de niños con lesiones abdominales provocadas presentan otros síntomas de maltrato que se descubren por la historia o por el examen físico. Sin embargo, en ocasiones no hay manifestaciones externas de maltrato y la imagen radiológica será la que identifique lesiones abdominales insospechadas.

Aún en niños sometidos a maltrato no se producen tipos específicos de traumatismo visceral; las lesiones ocultas o las lesiones abdominales manifiestas que no guardan proporción con el traumatismo descrito, obligan a efectuar una valoración cuidadosa, considerando la posibilidad de lesión no accidental.

Los médicos por lo tanto deben estar familiarizados con los objetos comúnmente utilizados para golpear a los niños; la marca, de los dedos en la mejilla, hebilla de un cinturón, un gancho de colgar ropa, el latigazo con un asa de alambre eléctrico, la quemadura de un cigarrillo, la marca de una mordedura, etc.

Todas estas lesiones se deben describir detalladamente y dibujarlas en la hoja de examen físico ilustrándolos de manera descriptiva. Para mejor proveer se deben solicitar fotografías en varias incidencias.

INDICADORES DE COMPORTAMIENTO

Los niños(as) abusados presentan síntomas de comportamiento orientadores para el explorador.

Estado de pánico

Angustia

Retraído, aislado

Poco contacto visual

Pasivo, inmóvil, poco comunicativo

Se asusta fácilmente .

Da varias versiones del hecho

Puede negar lo sucedido o culpar, o otras personas, incluso a él mismo

Repite el cuento traumático en sus juegos

Trastornos del sueño

Problemas de aprendizaje

Propenso a accidentes

Poca autoestima

Teme a sus cuidadores

Bajo rendimiento escolar

Agresivo, violento

Pobre relación con otros niños y adultos

AGRESIÓN PASIVA

En este tipo de agresión el niño(a), es víctima de la omisión y negligencia de los deberes paternos, de algunas de sus necesidades básicas como: supervisión adecuada, alimentación, afecto, educación, cuidado personal, etc. El abandono del niño es la máxima expresión de agresión pasiva.

HISTORIA CLÍNICA

La historia clínica nos orienta hacia familias hacinadas donde se abusa del alcohol y de las drogas. La violencia familiar es frecuente, y se nos muestran como un grupo apático e indiferente hacia el menor, al que con frecuencia le demandan tareas excesivas propias de un adulto. En estos hogares hay poca higiene y descuido general del hogar.

EXAMEN FÍSICO

Al examen físico, nos encontramos con un niño(a), sucio, con falla para progresar o en ocasiones, obeso, carente de ropa adecuada aún en hogares con recursos económicos.

Frecuentemente se observan problemas físicos o médicos sin atender. Hay fatiga, adenamia con frecuencia hay historia de ingestión repetida de sustancias tóxicas. Parasitosis infestación de piojos o dermatitis crónica con afecciones comunes. Carecen de vacunas y tiene una pobre higiene general y oral. Se puede encontrar también retraso en el desarrollo psicomotor.

INDICADORES DE COMPORTAMIENTO

Sumiso

Complaciente

Callado

Con hambre de afecto

Busca atención

Apático

Poca tolerancia a la frustración

Deprimido o agresivo

Ausente de la escuela pide o roba comida

Muy pobre autoestima

ABUSO EMOCIONAL

Este tipo de agresión se caracteriza por afectar psicológicamente al niño, al ser tratado de forma que lo rechaza, rebaja, humilla, degrada, ignora o amenaza con el abandono destruyendo su integridad y autoestima emocional.

HISTORIA CLÍNICA

Familias con historia de violencia familiar, problemas maritales, alcoholismo, drogadicción.

Falsas expectativas con respecto al niño, querían un varón, nació una niña. Pretendían que el niño uniera la pareja y no resultó, esto los lleva a humillar al niño al que maltratan

de palabra y descalifican en sus actuaciones. Lo amenazan con abandonarlo y al que consideran como malo diferente a los demás.

INDICADORES DE COMPORTAMIENTO

Estado de pánico

Problemas de aprendizaje

Agresivo, hiperactivo, destructivo

Autodestructivo, con trastornos del sueño

Pobre autoestima

Tendencias suicidas

SÍNDROME DE MUNCHAUSEN

El Síndrome de Munchausen (SM), fue inicialmente descrito por el Dr. Richard Asher en 1951, quién aplicó el término, a pacientes que fabricaban historias, fingían enfermedades y demandaban múltiples cuidados.

Sin 1977 el Dr. Meadow utilizó el término de Síndrome de Munchausen por Poderes, para referirse a aquellos casos en que los niños son las víctimas principales; la madre es la que perpetra la ficticia enfermedad y el personal médico es cómplice involuntario.

El SMPP ha recibido una considerable atención, por significar otra forma de abuso infantil- Existe una significativa comorbilidad en hermanos de niños que sufren este síndrome y se han descrito diferentes formas de envenenamiento, sofocamiento y daños infringidos al niño, para producir una sintomatología que requiera atención médica.

El agresor: en cerca del 100% de los casos es la madre biológica y un 10% de ellas sufre de SM. Pocas veces se logra su confesión, están familiarizadas con la terminología médica y son capaces de imitar la "aparente sintomatología de su hijo".

La víctima: es el niño y usualmente no se da el abuso sexual. En el 84% la sintomatología se presenta fuera del Hospital. La mortalidad puede ser hasta de un 10% y con frecuencia, coexisten hermanos muertos. A pesar de exhaustivos estudios médicos no se encuentra la causa de la enfermedad. En muchas ocasiones los síntomas ceden "mágicamente en ausencia de la madre".

PRESENTACIÓN CLÍNICA

Los síntomas más frecuentes son: sangrado, brotes cutáneos, convulsiones, fiebre, depresión del sistema nervioso central, vómitos, apnea diarrea y estreñimiento.

Drogas o sustancias implicada. La lista es interminable, pero los más mencionados son: agua, sal, barbitúricos, antidepresivos, vitaminas y fórmulas lácteas diluidas.

MANEJO CLÍNICO

Ante la sospecha de que se trate de un SMPP, es necesaria una intervención multidisciplinaria, con colaboración psicológica y sociológica. Como primera medida se impone separar al niño del agresor, intervenir al niño y a los hermanos que habitan en el hogar, y declarar el hogar en crisis hasta que no se encuentre una solución para todos los niños(as).

IV-2 FUNCIONES DEL PSIQUIATRA Y PSICÓLOGO

Formar parte del Comité de Estudio Integral del Niño Agredido. (CEINA)

Cuando estos profesionales no pertenecen al Comité, actúan como interconsultantes.

- Entrevistar a los padres para obtener datos de la historia del desarrollo del niño, historia familiar, de pareja, tratamiento psicológicos o psiquiátricos previos de los padres o del niño. Recabar la historia de padecimiento actual y otros datos que considere necesarios.
- Observar la relación del niño con sus padres. Obtener la versión de lo sucedido.
- Entrevistar al niño por separado y comparar su versión con la de los padres.
- Revisar cuidadosamente el expediente médico.
- Recomendar las pruebas psicodiagnósticas, proyectivas y tratamiento psicológicos que se considere pertinentes para el niño y su familia en aquellos casos en que el niño no puede hablar, deberá iniciar una serie de sesiones de juego, porque puede repetir en su futuro las situaciones traumáticas.
- Complementar el diagnóstico multidisciplinario de los casos que son estudiados en el CEINA.
- Una vez definido el tipo de abuso, el psicólogo o psiquiatra deben definir el impacto de estos hechos en el niño, las secuelas que puede dejar y fijar el tratamiento necesario.

El psiquiatra podrá utilizar tratamiento medicamentoso si lo considera necesario.

- Comparecer ante los tribunales de justicia en aquellos casos en que es requerido. Para estos efectos los informes deben incluir: a-Descripción de los hechos, b-Discusión de los hechos, con base en el conocimiento científico actual sobre el tipo de maltrato está reportando. c- Conclusiones, las conclusiones comprenden: diagnóstico, grado de lesión psicológica y tratamiento.
- Supervisar los casos que otros psiquiatras o psicólogos refieren al Comité.
- Para rendir informe de la interconsulta, el profesional consultado se basará en: la historia dada por el niño, las conductas de este, los resultados de las pruebas psicodiagnósticas y proyectivas, así como el análisis de otras fuentes de información, que hagan sospechar que está ocurriendo algún tipo de abuso.

- Cuando el psicólogo o psiquiatra detectan un caso sospechoso de abuso, en la evaluación rutinaria o cita de control de un niño(a).
- Deberá proceder a tomar y transcribir detalladamente, la información que da el niño de los hechos, tomar la historia completa, médica familiar, de pareja y el desarrollo del menor y de los padres.
- Deberá además informar a los progenitores del hallazgo y de reportar por obligación el hecho, al Comité de Estudio Integral del Niño Agredido, (CEINA).
- Solicitar la evaluación de otros profesionales que considere pertinente.

IV- FUNCIONES DEL TRABAJADOR SOCIAL

- a. Corresponde al trabajador (ra) social, la atención de aquellos casos que se presenten a su dependencia.
- b. Debe partir de referencia escrita, de la persona enterada del asunto, o del profesional a cargo del caso.
- c. Establecer comunicación preferiblemente personal con quién reporta.
- d. Entrevistar al niño(a) para completar la historia clínica, cuando esto sea posible, en aquellos casos en los que el médico tratante no lo logró, o bien levantar esta historia completa cuando al ingreso fue imposible hacerlo.
- e. Programar sesiones con los padres individuales y conjuntos.
- f. Indagar con fuentes colaterales (vecinos, maestras, líderes comunales, etc) la situación que está viviendo el niño.
- g. Revisión de expedientes sociales en instituciones de salud, de bienestar social y organizaciones no gubernamentales (ONG).
- h. Profundizar en las historias de vida de los padres, principalmente de la madre y del niño(a) en tratamiento.

ALGUNOS EJES PARA RECONSTRUIRLA SON:

- a. Infancia: eventos relevantes traumatogénicos, nivel de instrucción, historia de abandono, abuso, componentes de salud física, mental y social.
 - b. b- Adolescencia: cómo transcurrió, uso de drogas, relación con padres, entre otros.
 - c. c- Adulthood: relación de pareja, con los hijos, con el paciente identificado. Otros asuntos relativos a la salud física, mental y social.
 - d. d- Paciente: etapa perinatal, prenatal, postnatal. Clarificar elementos referentes a embarazo no deseado, por ejemplo.
- Valoración de redes de apoyo; familiares, vecinos, instituciones comunales.
 - Evaluación domiciliaria y del micro ambiente.
 - En casos de reubicación, recomendados por el Comité, mientras la familia se somete a tratamiento, se debe buscar un espacio institucional.
 - En caso de hospitalización, se recomienda la visita diaria de la trabajadora social al niño en tratamiento.
 - Conocer la evolución médica del niño y la información que pueda ofrecer el personal de enfermería u otro.

De requerirse la restricción de la visita a los padres, se debe compartir esa responsabilidad en la supervisión, con el resto del equipo multidisciplinario, (Comité).

- Sesiones de confrontación con el presunto ofensor.
- Sesiones de confrontación con otros miembros de la familia.
- Empleo de la técnica de terapia de familia, para orientar la conciliación de la misma.
- Sesiones de devolución a la familia, sobre decisiones tomadas por el (CEINA).
- Comunicación escrita a la familia de las decisiones tomadas por el (CEINA).
- Sesiones de apoyo y clarificación al niño (a) sobre decisiones tomadas por el (CEINA).
- Llevar al día la evolución del tratamiento y resultados, por medio de notas en el expediente.
- Tratamiento grupal para niños víctimas de abuso.
- Tratamiento grupal para madres víctimas, de abuso.
- Tratamiento grupal para ofensores juveniles y ofensores adultos.
- Elaboración del correspondiente informe social, tanto del caso como del grupo.
- Elaboración de planes para el seguimiento social.
- En los casos donde se sigue el proceso de instrucción judicial, preparación de la víctima y a sus figuras de apoyo. Esto conjuntamente con la asesoría legal.
- Actualización permanente en relación al tema de violencia familiar.
- Realiza investigaciones acerca de la problemática de abuso infantil, con énfasis en lo social.
- Formula proyectos para la consecución de recursos alternativos, en el tratamiento integral de la violencia intrafamiliar (centros, recursos financieros de apoyo directo a la familia, ayudas audiovisuales para el tratamiento, entre otros).
- Capacitación de personal voluntario involucrado en la atención de víctimas de distintas expresiones de abuso.
- Capacitación a funcionarios de centros de salud, de educación, centros infantiles, en violencia familiar.
- Rinde declaración ante las alcaldías, agencias fiscales y tribunales, según lo requieran.
- Forma parte del equipo interdisciplinario para el tratamiento del abuso infantil.
- Forma parte de las comisiones interinstitucionales, relacionadas con la violencia intrafamiliar.
- Asesoría a grupos que trabajan contra el abuso infantil, desde diferentes enfoques.
- Una función especial, es la de capacitación de otros Comités de Atención al Niño Agredido en otros establecimientos de salud, con la finalidad de desconcentrar estas acciones hacia los niveles I-II de la red de servicios de salud.

IV - FUNCIONES DE LA ENFERMERA

- Coordinará por el medio más rápido, con el Comité de Estudio Integral del Niño(a) Agredido (CEINA). la valoración inicial del niño(a), hospitalizado o de consulta externa.
- En el paciente hospitalizado, iniciará el cumplimiento de indicaciones, de acuerdo a protocolo de atención del niño agredido.

- Realizará las siguientes tareas propias de enfermería.
- Interrogar historia de accidentes o lesiones similares, a los pacientes recibidos en emergencias.
- Manejar al niño con gentileza, asignar la misma enfermera dentro de las posibilidades del hospital, para el cuidado del niño durante su hospitalización.
- Conocer personas o instituciones que intervinieron en el cuidado del niño.
- Hora en que se produjo la lesión, hora en que llegó al hospital o a otro establecimiento de salud.
- Composición del núcleo familiar, medidas de apoyo para el cuidado del niño, tensiones familiares recientes o problemas económicos, alcoholismo, drogadicción, etc.
- Si el médico lo solicita deberá estar presente durante el examen físico del niño (a)
- Describir en las notas de enfermería todo lo encontrado como: contusiones, laceraciones, golpes, equimosis, fracturas, quemaduras y otros.
- Comentar esta situación con el médico tratante, cuando se sospeche de agresión.
- Detectar edad y características del niño, que lo predisponen a ser agredido.
- Vulnerabilidad.
- Observar y registrar la información pertinente, respecto a la relación del niño con sus padres. Cuando lo visitan, cómo responde el padre o la madre al niño, si conversa con él lo toca, lo abraza, juega con él; cómo reacciona el niño hacia sus padres, se emociona cuando llegan, se atemoriza o sobresalta, llora cuando sus padres se van. Estas y otras observaciones más deben quedar debidamente registradas en el expediente del caso.
- Dar oportunidad apropiada para actividades de .luego, tratarlos como a los demás niños, se puede pedir la colaboración de las damas voluntarias.
- Fomentar una relación con los padres que los motive a aceptar asesoría y guía que los ayude a resolver su problema.
- Adoptar una actitud no enjuiciadora ni amenazante ante los padres o encargados.
- Absoluta discreción en cuanto a divulgar información que perjudique la buena marcha del tratamiento.
- Evitar preguntas constantes referentes al incidente, a los padres o persona sospechosa de haber cometido el abuso.
- Brindar apoyo a los padres y al niño cuando se ha decidido separarlo del hogar.
- La enfermera responsable del servicio, debe evaluar la intervención del personal de enfermería en relación al niño agredido.
- Dar seguimiento a estos niños por medio del Programa de Enfermería en el Hogar.
- Instruir a los padres sobre crecimiento y desarrollo normales.
- Dar información específica y ejemplos referentes al tipo de conducta empleada en las diversas etapas de desarrollo.
- Dar orientación de cómo, afrontar estas conductas. Guiar a los padres con respecto a cómo usar la disciplina sir. tener que recurrir a la fuerza física.

IV- INTERVENCIÓN DEL PATRONATO

La representación del Patronato Nacional de la Infancia, en el Comité de Atención Integral del Niño Agredido, esta delegada a profesionales de; Trabajo Social, Psicología y Legal.

- Participa en el análisis de los casos, aportando elementos de carácter social, psicológico y legal, que permitan determinar con claridad, la situación del problema.
- Participa en la toma de decisiones, sobre las acciones que se consideran pertinentes para cada situación, discutida en el seno del Comité.
- Ejecuta las acciones que sean de competencia institucional, tanto a nivel social como jurídico a saber:
 - a. Referencia a la unidad ejecutora para profundizar en la investigación diagnóstica o de intervención, en todas las situaciones de la agresión.
 - b. Establecer la coordinación con la Unidad Ejecutora competente, de la manera más expedita para la intervención integral de los niños(as).
 - c. Referencia o ingreso, a una alternativa de reubicación; familiar o institucional, pública, privada o comunal.
 - d. Interposición de denuncia judicial y seguimiento al proceso.
 - e. Brindar asesoría legal a los funcionarios de la misma institución u otras, involucradas en el proceso de atención al niño o al adolescente agredidos.
 - f. Presentar informes periódicos escritos o verbales, sobre los avances presentados en cada niño(a).
 - g. Dar seguimiento a los casos referidos a las diferentes unidades ejecutoras del Patronato Nacional de la Infancia.
 - h. Servir de enlace entre el Hospital y las Unidades Ejecutoras del PAÑI, a efecto de facilitar la información especializada.
 - i. Cuando el caso lo amerite se promoverán discusiones sobre este, con el equipo técnico, a lo interno de la institución, para análisis y discusión de las recomendaciones.

SISTEMA DE ADECUACIÓN DE PROCEDIMIENTO PARA NORMAS DEL

C.E.I.N.A.

Basados en la aplicación irrestricta de la normativa jurídica que complementa este trabajo, el sistema administrativo sobre el que se debe actuar en la realización de un procedimiento administrativo adecuado a dicha normativa, es el siguiente:

1- Ingreso del paciente a los diferentes servicios del Hospital Nacional de Niños: de emergencias, consulta externa o consulta extemporánea, servicio social, etc.

1.1 Cuando un paciente sea recibido en estos servicios y se determine que presumiblemente padece el Síndrome del Niño Agredido, de inmediato debe realizarse la valoración plena y absoluta del caso concreto. Esto representa la necesidad de una historia de vida completa, en la que los profesionales tratantes

deben necesaria e imperativamente dar su valoración personal del caso tratado. El personal tratante incluye el cuerpo de enfermería.

- 1.2 Una vez materializada la historia de vida y concretizado el internamiento del paciente, es importante recabar cualquier tipo de prueba que pueda, servir a la causa. Es imprescindible a este punto, ordenar todos los exámenes clínicos de competencia.
- 1.3 El profesional competente debe pasar la interconsulta al ¿servicio de Trabajo Social, cuando no sea este servicio el que directamente trate al paciente, incluyendo en la misma el expediente formulado que deberá al caso concreto llevar todos los resultados de los exámenes realizados al paciente, o en su defecto, la indicación de qué existen exámenes pendientes para dicho caso. La referencia médica completa es la herramienta necesaria para abordar legalmente todo lo concerniente al seguimiento administrativo-judicial del caso tratado.
- 1.4 Partiendo tío la base de que en el proceso penal la parte más débil es el agresor, y que el niño agredido pasa a ser un simple denunciante, sea que la denuncia la plantee su representante, el Hospital o el PANI; es de imperativa necesidad que la parte médica y de enfermería comprenda que un mal encausamiento de un problema de salud (bio-psico-social), se puede convertir en un problema penal (de responsabilidad personalísima) para dichos profesionales. No se debe devolver a la casa a ningún paciente que evidencia cualquier tipo de síntoma referido al "Síndrome de Niño Agredido". Al respecto es importante transcribir los postulados del artículo 144 del Código Penal:

"Será reprimido con veinte a cien días de multa, el que encontrare perdido o desamparado a un menor de diez años o c una persona herida o inválida o amenazada de un peligro cualquiera, que omitiere prestarle auxilio necesario según "las circunstancias cuando pudiera hacerlo sin riesgo profesional"

El artículo es muy claro, de hecho el personal tratante del Hospital no sólo debo hacerlo, sino que está ente el "riesgo profesional", que de no hacerlo, el valor fundamental vida, se pondría en serio peligro, deviniendo su conducta en eventuales "malas praxis".

- 1.5 En cada una de las actuaciones médicas en las que se tenga como paciente a un afectado por el Síndrome de Niño Agredido, debe instaurarse el debido proceso legal, partiendo y de la notificación de cada una de las etapas de atención y sobre todo de cualquier resolución que en favor de dicho paciente se tome, como lo son, reubicaciones, estudios psicológicos c psiquiátricos especiales, visitas de control domiciliarle. Estas notificaciones deben hacerse compareciendo el médico tratante, la enfermera jefe, el trabajador social y el abogado como mínimo.
- 1.6 Entre los principios conformadores del debido proceso están:
 - 1.6.1 Derecho General a la Justicia: derecho que tienen los pudres y hasta los eventuales agresores a acudir a todas las instancias judiciales y administrativas en reclamo de "sus propios derechos". De ahí que, todo absolutamente todo, cabe ser notificado para evitar que estos eventuales agresores interpongan Recursos de

Amparo (por el debido proceso legal), o recursos de Habeas Corpus (por supuesta privación ilegítima de libertad).

- 1.6.2 Derecho General a la Legalidad: es aquel por medio del cual a las autoridades, administrativas e institucionales sólo les está permitido y que este constitucionalmente consagrado en las normas jurídicas y con el interés superior del niño es regulado por la Convención sobre los Derechos del Niño, que a su vez es un instrumento internacional, del que Costa Rica es estado parte, y para rematar, es ley de la República, esto arriba en una clara conclusión: todo lo que va en afectación del interés superior del niño (es decir de todo lo que le favorezca), debe ser salvo guardado por los encargados de los niños en el momento concreto.
- 1.6.3 Principio de Inocencia: todo eventual agresor es inocente hasta que se demuestre lo contrario. Sin embargo, prevalece el interés superior del niño, por tal motivo, las acciones correctivas iniciales que se tomen en cualquier tipo de acción en favor del niño, deben ir bien respaldadas con la citación de normas jurídicas, con la debida notificación de lo actuado y con el respaldo técnico de los exámenes clínicos de competencia.
- 1.6.4 Principio Indubio Pro-reo: determina que ante cualquier duda razonable se absuelve al acusado. Implica el perder los casos por falta de prueba. Implica que nuestros niños pueden quedar sin la satisfacción debida a sus intereses, tal vez por negligencia impericia o falta de cuidado de todo, o de parte del personal tratante.
- 1.6.5 Derechos al Procedimiento: es el derecho a ser notificado que tienen los padres o guardadores de los pacientes, de todo lo actuado en favor de sus hijos. Si no se cumple con estos requisitos. Es el derecho que tiene el paciente de que se le realicen todos los exámenes médicos y de ser posible informar sobre esos resultados. Todo tiene que ser anotado en el expediente del paciente. Si no se realizan los exámenes debidos, cualquiera puede ser demandado y condenado en daños y perjuicios. Es el derecho que tienen los padres a preguntar sobre lo que le están haciendo a sus hijos, a oponerse a los tratamientos, y a que nosotros en caso de oposición de inmediato procedamos a utilizar nuestro procedimiento a efecto de hacer valer la normativa jurídica en favor de los niños, y a defender nuestro tratamientos.
- 1.7 La valoración que se le hace al paciente debe ser integral, maltrato ni implica sólo lesiones físicas. En la mayor parte de los casos, maltrato ha tomado las más inexplicables formas prácticas, al respecto es muy importante estar alerta en lo que se relaciona a los nuevos casos presentados por el Síndrome de Münchausen.
- 1.8 El ingreso de un paciente nos impide coordinar con emergencias del PAÑI, o enviarlos directamente a buscar apoyo forense. Hay que recordar" que una vez que el paciente ingresa al Hospital, está bajo nuestra tutela legal. La instancia forense sólo, actúa por petición judicial, y si nosotros enviamos a los encargados a la medicatura forense estaríamos agrediendo doblemente al paciente, toda vez que la medicatura forense no es especializada en niños, el Hospital sí. Lo primero que debemos atender es el interés superior del niño, y luego buscar el interés de la justicia. Igual sucede con el PAÑI, por cuanto si es de noche, sólo la brigada de emergencias atiende, y lo importante en ese momento para el Hospital, es

determinar que lesión ha sufrido el niño, y atender al paciente como en derecho corresponde.

- 1.9 Si es un abuso presunto, jamás se debe enviar a los niños *con* sus padres o al lugar de origen de la agresión por cuanto sería revictimizar al paciente. Se requiere de un inmediato internamiento, de una separación de sus eventuales agresores, y sí el caso grave lo determina, requiere de una suspensión de la visita o, visita supervisada. Aspectos estos que deben solicitarse al Comité del Niño Agredido, para su actuación correspondiente.
2. De la explicación acerca del proceso penal de denuncia que se debe interponer en casos de violaciones o delitos contra la vida, que la intervención PAÑI en caso de denuncias por abusos deshonestos.
 - 2.1 Cuando estemos enfrentados ante un caso de evidente violación, debe el tratante en primer término llamar a la sección de menores del Organismo de Investigación Judicial, solicitar la presencia de los forenses respectivos. Si no estuvieran en horas hábiles, se debe actuar de inmediato en la atención médica, pero debe tomarse fotos, recolectar evidencia, posiblemente "bellos públicos" no pertenecientes a la paciente, restos de ropa, restos de piel en uñas del paciente, etc. Y sobre todo, se deben realizar les exámenes clínicos, preferiblemente determinar presencia de semen en el paciente. Todo esto con el propósito de aportarlo como prueba. Es importante ofrecerle esta posibilidad al detective encargado de llegar al Hospital a tomar, la denuncia de oficio, para que esta persona esté presente en la evaluación de esta prueba, y sea un testigo cargo.
 - 2.2 Cuando se trate de cualquier tipo de delito contra la vida, también procede por parte del hospital e3 llamar al Organismo de Investigación Judicial para que proceda de oficio.
 - 2.3 Cuando se trate de abusos deshonestos, la situación varía radicalmente porque aquí el único que puede denunciar es el representante del menor, que la mayor parte de las veces es el ofensor, o su cómplice, o sucede que las madres no denuncian porque tienen temor a represalias, o al abandono de su marido y la inestabilidad económica que ello conlleva en la manutención de otros niños del mismo grupo familiar, de ahí la importancia de la valoración correcta y de que los casos no se pierdan por falta de una correcta orientación.

NORMATIVA DE COMPETENCIA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE NIÑO AGREDIDO

Convención de los Derechos del Niño:

Artículo 24: Los estados parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud ya a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.

Los estados partes asegurarán la plena aplicación de este derecho y, en particular adoptarán las medidas apropiadas para:

- a) reducir la mortalidad infantil y de la niñez.
- b) asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sea necesaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud.
- c) combatir las enfermedades y la manutención en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente.
- d) asegurar atención sanitaria prenatal y pos natal apropiada a las madres.
- e) asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos.
- f) desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios de materia de planificación de la familia.

Los estados partes adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños.

Los estados partes se comprometen a promover y alentar la cooperación internacional con miras a lograr progresivamente la plena realización del derecho reconocido en el presente artículo. A este respecto, se tendrán plenamente en cuenta las necesidades de los países en desarrollo.

Convención de los Derechos del Niño:

Artículo 3:

1. En todas las medidas concernientes a los niños que toman las instituciones públicas o privadas de bienestar social, los tribunales, las autoridades administrativas o los órganos legislativos, una consideración primordial a que se atenderá será el interés superior del niño.
2. Los estados partes se comprometen a asegurar al niño la protección y cuidado que sean necesarios para su bienestar, teniendo en cuenta los derechos y deberes a sus padres, tutores u otras personas responsables de éste ante la ley, y con ese fin, tomarán las medidas legislativas y administrativas adecuadas.
3. Los estados partes se asegurarán de que las instituciones, servicios e instalaciones responsables del cuidado o la protección de los niños se ajusten a las normas establecidas por las autoridades competentes, especialmente en materia de seguridad, sanidad, así como número de su personal, en relación con la existencia de una supervisión adecuada.

Ley General de Salud

Artículo 1: La salud de la población es un bien de interés público tutelado por el estado.

Artículo 2: Es función esencial del estado velar por la salud de la población. Corresponde al Poder Ejecutivo, por medio del Ministerio de Salud, al cual se referirá abreviadamente la presente ley como "ministerio", la definición de la Política Nacional de Salud, la formación, planificación y coordinación de todas las actividades públicas y privadas relativas a salud, así.

Artículo 20: Toda persona debe proveer el restablecimiento de su salud y la de las personas dependientes de su núcleo familiar y tiene derecho a recurrir a los servicios de atención médica estatales, contribuyendo económicamente en la forma fijada por las leyes y reglamentos pertinentes.

Convención de los Derechos del Niño

Artículo 12:

1. Los estados partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que afectan al niño, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez del niño.
2. Con tal fin, se dará en particular al niño oportunidad de ser escuchado en todo procedimiento judicial o administrativo que afecte al niño, ya sea

directamente o por medio de un representante o de un órgano apropiado, en consonancia con las normas de procedimiento de la ley nacional.

Ley General de Salud

Artículo 10: Toda persona tiene derecho a obtener de los funcionarios competentes la debida información y las instrucciones adecuadas sobre asuntos, acciones y prácticas conducentes a la promoción y conservación de su salud personal y la de los miembros de su hogar, particularmente sobre higiene mental, educación sexual, enfermedades transmisibles, planificación familiar, diagnóstico precoz de enfermedades y sobre prácticas y el uso de elementos técnicos especiales.

Artículo 17: Los estados partes reconocen la importante función que desempeñan los medios de comunicación y velarán por que el niño tenga acceso a información y material procedentes de diversas fuentes nacionales e internacionales, en especial la información y el material que tengan por finalidad promover su bienestar social, espiritual y moral y su salud física y mental, con tal objeto, los estados partes:

- a) atenderán a los medios de comunicación a difundir información y materiales de interés social y cultural para el niño, de conformidad con el espíritu del artículo 29.
- b) promoverán la cooperación internacional en la producción, el intercambio y la difusión de esa información y esos materiales como la ejecución de aquellas actividades que el competen conforme a la ley. Tendrá potestades para dictar reglamentos autónomos en estas materias.

Artículo 13: Todo niño tiene derecho a que sus padres y el estado velen por su salud y por su desarrollo físico y psicológico normal.

Tendrá, por tanto derecho a las prestaciones de salud estatales desde su nacimiento hasta la adolescencia. Los niños que sufran alteraciones psicológicas y retardo mental tendrán derecho a gozar de los servicios de las instituciones estatales especializadas.

Ley General de Salud

Artículo 14: Es obligación de los padres cumplir con las instrucciones y controles médicos que se les imponga para velar por la salud de los menores a su cargo y serán responsables del uso de los alimentos que reciban como suplementos nutritivos de su dieta.

Artículo 16: Todo escolar deberá someterse a los exámenes médicos y dentales preventivos y participar en los programas de educación sobre salud y en nutrición complementaria que deberán ofrecer los establecimientos de educaciones públicos y privados.

Artículo 17: Toda persona tiene derecho a exámenes preventivos de salud y a los servicios de diagnóstico precoz de enfermedades crónicas debiendo en todo caso, someterse a ellos cuando la autoridad de salud así lo disponga.

Artículo 18: Es obligación de toda persona evitar, diligentemente, los accidentes personales y los de las personas a su cargo, debiendo para tales efectos, cumplir las disposiciones de seguridad, especiales o generales, que dicten las autoridades competentes y ceñirse a las indicaciones contenidas en los rótulos o a las instrucciones que acompañen al agente riesgoso, o peligroso, sobre su preservación., uso, almacenamiento y contraindicaciones.

Artículo 19: Toda persona tiene derecho a solicitar de los servicios de salud, información y medios para prevenir o evitar los efectos de la dependencia personal, o de las personas a su cargo, de drogas u otras sustancias, debiendo seguir las medidas técnicas especiales que la autoridad de salud le señale para tales efectos procedentes de diversas fuentes culturales, nacionales e internacionales.

- c) alentarán la producción y difusión de libros para niños.
- d) alentarán a los medios de comunicación a que tengan particularmente en cuenta las necesidades lingüísticas del niño perteneciente a un grupo minoritario o que sea indígena.
- e) promoverán la elaboración de directrices apropiadas para proteger al niño contra toda información y material perjudicial para su bienestar.

Artículo 22: Ninguna persona podrá ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico que implique grave riesgo para su integridad física, su salud o su vida, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada a darlo legalmente si estuviere impedido para hacerlo. Se exceptúa de este requisito las intervenciones de urgencia.

Artículo 27: Los padres, depositarios y representantes legales de los menores e incapaces no podrán negar su consentimiento para someter a sus representados a prácticas o tratamientos cuya omisión implique peligro inminente para su vida o impedimento definitivo, según dictamen de dos médicos.